

				※特例	人呼	高額	重症	按分	複数 疾患			
受給者番号（※1）				※同意書	有・無	※階層	I	II	III	IV	V	VI
小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更・転入・再登録）（※2）												
受 診 者	フリガナ	タカサキ タロウ			年 齢	4 歳	生年月日					
	氏 名	高崎 太郎					令和〇年〇〇月〇〇日					
	住 所	〒370-0829 高崎市高松町5-28					電話 番号	027-381-6112				
	加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名	高崎 一郎				受診者との続柄	父				
		保 険 種 別	協・組・船・共・国・後 高崎保険組合				記 号 ・ 番 号	1-23456				
		所 在 地	高崎市高松町35-1									
自己負担上限額 の特例 (該当するものに☑)		☐	人工呼吸器等装着			☐	高額かつ長期					
		☐	世帯内按分特例			☐	重症患者認定					
疾病名		〇〇〇〇病			同一世帯内・同一保険で小児慢性特定疾病または指定難病の受給者証を持っている人がいる場合は✓を記入してください。							
受 診 を 希 望 す る 指 定 医 療 機 関	医療機関名			医療機関名								
	〇〇病院			現在、小児慢性特定疾病の受診のために利用している病院・診療所・薬局・訪問看護事業所を全て記入してください。								
	〇〇薬局											
(原則として、申請日の1月前の同じ日または診断日のいずれか遅い日をご記入ください。(右記の欄の項目に掲げるやむを得ない理由がある場合には、最長で3月前の同じ日まで記入することが可能です。)					左記の欄の年月日を申請日から1月前よりも早い日とする場合には、該当項目に✓を記入してください。							
小児慢性特定疾病医療費の 支給を開始することが適当 と考えられる年月日 (※3・4)		令和〇年 3月 1日 (更新申請の場合は記入不要)			【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 ☐ 医療意見書の受領に時間を要したため ☐ 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため ☐ 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため ☐ その他 ()							
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療の支給を申請します。また、自己負担限度額の決定に必要な所得状況及び生活保護情報については記載の個人番号等を利用し調査することを承諾し、これにより算出された月額自己負担限度額について異存はありません。(同意しない事項がある場合には、二重線で削除してください。)												
令和〇年 4月 1日												
申請者 フリガナ (タカサキ イチロウ) 氏 名 高崎 一郎 (受診者との続柄: 父) (電話番号: 027-381-6112) 090-1234-5678(母)												

※1 更新、変更又は再登録の方は記入してください。

※2 新規・更新・変更・転入・再登録のいずれかを○で記入してください。

※3 医療費の支給認定日は申請日から1か月前（やむを得ない理由により申請が可能な場合は最長3か月前）の同じ日まで遡って申請することが可能です。そのため、申請日に関わらず医療意見書に記載された診断年月日等、医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載してください。

※4 審査の結果、必ずしも記載された支給認定日とならない場合もあります。

(裏面も記入してください。)

支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)

網掛け部分に個人番号(マイナンバー)を必ず記入してください。		協会けんぽ、健保組合、共済等に加入されている方が「被用者」になります。		保険が国保の場合は記入不要です。	
高崎 太郎 123456789011	患者 本人	4 歳	国保・後期高齢 被用者	本人・被扶養者	有・無
高崎 一郎 123456789012	父	35 歳	国保・後期高齢 被用者	本人・被扶養者	有・無

この記入例では、父が被用者保険の加入者であり、患者本人が父の被扶養者になっていることを想定して、父(被保険者)、患者本人(小児慢性特定疾病受給者)の名前を記入しています。
⇒この場合、患者本人と、患者を扶養している父の保険証の写しの提出及びマイナンバーの記入が必要です。

患者本人が国保の加入者である場合は、同じ世帯にいる国保加入者の全ての名前及びマイナンバーの記入が必要です。⇒この場合、国保加入者全ての保険証の写しの提出が必要です。

※支給認定基準世帯員に該当する方の住民税の課税額により、階層(自己負担上限額)を決定します。(詳しくはこのHPの「自己負担上限額」の項目をご参照ください。)

受給者に該当する場合には○を付けてください。

この記入例では、父が被用者保険の加入者であり、患者本人が父の被扶養者になっていることを想定して、父(被保険者)、患者本人(小児慢性特定疾病受給者)の名前を記入しています。
⇒この場合、患者本人と、患者を扶養している父の保険証の写しの提出及びマイナンバーの記入が必要です。

患者本人が国保の加入者である場合は、同じ世帯にいる国保加入者の全ての名前及びマイナンバーの記入が必要です。⇒この場合、国保加入者全ての保険証の写しの提出が必要です。

※支給認定基準世帯員に該当する方の住民税の課税額により、階層(自己負担上限額)を決定します。(詳しくはこのHPの「自己負担上限額」の項目をご参照ください。)

該当する状況	税関係書類が必要な方の状況	税額等の認定のために添付する書類
○	令和○年1月1日に本市に住民票があり、所得等を申告している場合	添付書類は不要です。
○	生活保護を受給中	7～12月に申請する場合は申請年、1～6月に申請する場合は申請する前年の1月1日時点となります。
○	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付を受給中	添付書類は不要です。
○	令和○年1月1日に本市に住民票がない場合(転入された方等)	令和○年1月1日時点での住所地をお伝えください。
○	地市区町村で課税の場合(住所地以外での課税)	課税されている市区町村名をお伝えください。
○	所得状況を申告していない場合	申告の上、非課税所得がある場合はその額がわかる書類を提出してください。
○	該当する欄に○を付けてください。	下記署名欄に署名していただければ、添付書類はありません。
年分の住民税所得割額が251,000円以上のため、税額等を証明する書類は提出しません。		申請者氏名(自署)

小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における 医療意見書の研究等への利用についての同意書

厚生労働大臣 殿

同意をいただける場合は、記入をお願いします。

私は、別添の説明を読み、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

住 所 高崎市高松町5-28
患者氏名 高崎 太郎
代理人氏名 高崎 一郎

備考 「代理人氏名」は、患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって同意する場合に署名してください。

添付書類 ①指定医の診断書(医療意見書) ②医療保険の資格情報が確認できる書類(上記参照) ③税関係書類(省略可、上記参照)

注意事項 1 本疾病により、人工呼吸器、体外式補助心臓等を使用中の方は、「人工呼吸器等装着者診断書」をあわせて提出してください。

2 変更申請は、自己負担上限額の階層及び特例(人工呼吸器等装着、重症患者認定等)の変更並びに疾病の追加等の場合に限りです。その他の変更の場合には、記載事項変更届(様式第7号)を提出してください。